

- adrenal androgens/ R.C.Bonney, M.J.Reed, V.H.James// J. Steroid Biochem., 1983. Vol. 18, №1. P. 59-64.
5. *Peripheral hormone levels and the endometrial condition in postmenopausal women/ S.Brody, K. Carlstrom, A.K. von Uexkull et al.// Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1983, Vol. 62, №5. P.525-529.*
6. *Plasma androstendione and oestrone levels before and after menopause. I. Glandular hyperplasia and adenocarcinoma of the endometrium/ P.Scirpa, P. Mango, F.Battaglia, A. Montemurro// Maturitas, 1982. Vol. 4, №1. P. 33-42.*

**Н.П. Жукова,
Н.И. Киселева**

Витебский государственный
медицинский университет,
г. Витебск

Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у несовершеннолетних

Беременность в юном возрасте является серьезным испытанием, так как протекает в условиях функциональной незрелости организма и неадекватности адаптационных механизмов, что создает высокий риск осложнений как у матери, так и у плода.

В статье приведен ретроспективный анализ течения беременности, родов, послеродового периода и состояния новорожденных у несовершеннолетних женщин за 20-летний период. Установлено, что беременность у подростков протекает на неблагоприятном фоне, обусловленном значительной частотой гинекологической и экстрагенитальной патологии. У юных женщин имеет место большое число осложнений беременности и в родах, высокий уровень перинатальных потерь и заболеваемости новорожденных.

Несомненно, что беременных, рожениц и родильниц юного возраста необходимо относить к группе медико-социального риска по возникновению репродуктивных потерь и оптимизировать методы их диспансерного наблюдения.

За последние 20 лет частота беременности у подростков возросла во многих странах и не имеет тенденции к снижению. Как отмечает Ю.А. Гуркин (2001), удельный вес несовершеннолетних беременных и рожениц по отношению к старшим возрастным группам составляет около 5%, а каждый 10 аборт производится у лиц моложе 19 лет.

Увеличение частоты беременности у юных женщин напрямую связано с повышением сексуальной активности подростков. Кроме

того, большое значение имеет низкий уровень культуры, недостатки воспитания, отсутствие элементарных знаний о репродуктивном здоровье, неосведомленность о методах контрацепции и нежелание пользоваться контрацептивами [1, 4].

По данным Международной Федерации Планирования Семьи, ежегодно в мире рожают более 15 миллионов женщин-подростков. В России также отмечается постоянное увеличение числа родов в юном возрасте, несмотря на снижение рождаемости среди женщин группы детородного возраста.

По данным ВОЗ [6,13], материнская и перинатальная смертность значительно выше у несовершеннолетних, чем у женщин старше 18 лет. Беременность и роды у юных женщин в условиях их биологической, психологической и социальной незрелости, несомненно, имеют отличительные особенности. Они нередко протекают с осложнениями, сочетающимися с неотложными состояниями. Врач должен считаться с необычностью сочетания своеобразных реакций, присущих юношескому возрасту и со специфическими формами реагирования всех звеньев гомеостаза, вызванными гестационным процессом [2,9].

Нет единой точки зрения на то, какой возраст следует относить к юным при беременности и родах. Одни авторы [3,8] считали юными женщин до 17 лет включительно, другие [7] – до 18 лет, третьи [5] – до 20 лет. По рекомендации ВОЗ (1998) к юным следовало относить женщин до 19 лет.

Говоря о подростковой беременности, необходимо разобраться в принятых сейчас возрастных классификациях. Исследовательская группа ВОЗ по проблемам молодежи в свете Стратегии достижения здоровья для всех к 2000 году на заседании в Женеве в 1984 году

дала следующее определение подростковому периоду – это период перехода от детства к зрелости, для которого характерны:

- а) стремление индивидуума к достижению целей, обусловленных установками данного общества;
- б) ускорением темпов физического, умственного, духовного и социального развития индивидуума.

По рекомендации экспертов ВОЗ (1998), подростковый период следует исчислять от начала полового созревания до наступления физиологической и социальной зрелости, т.е. с 10 до 19 лет. В нашей стране в практическом здравоохранении термин «подростковый период» определяет возраст от 15 до 18 лет. В основе данных границ лежит, главным образом, социальный аспект, который определяет допуск подростков к систематической трудовой деятельности и дает право на трудовые льготы. Прекращение действия трудовых льгот и принятый в нашей республике возраст вступления в брак явились основой для установления верхней границы подросткового периода – 18 лет.

Беременность в юном возрасте – проблема не только медицинская, но и психологическая, социальная и юридическая [2,10,12]. Забота о состоянии репродуктивного здоровья подростков не может не включать в себя проблему подростковой беременности и материнства в юном возрасте, как чрезвычайно актуальную и имеющую большую значимость именно в последние годы. Беременные женщины, не достигшие 18-летнего возраста, сталкиваются с однотипными затруднениями социально-правового и психологического характера.

Говоря о «подростковой беременности», «юношеской беременности», «беременных подростках», «юных беременных», «несовершеннолетних беременных», большинство исследователей имеют в виду женщин, которым на момент установления факта беременности не исполнилось 18 лет, так как именно к этому возрасту заканчивается полное созревание репродуктивной системы женского организма [2, 6, 9, 11]

Рассматривая проблемы, связанные с подростковой беременностью и родами, мы взяли за основу возрастной интервал от 13 лет (средний возраст менархе) до возраста достижения половой зрелости – 18 лет.

Нами был проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов, послеродового периода и состояния новорожденных у девушек-подростков (от 14 до 18 лет), жительниц города Витебска и Витебской области, за 1980-2000 годы. Всего было проанализи-

зировано 1213 индивидуальных карт беременных, 1341 история родов, 1341 история развития новорожденного.

В качестве контрольной группы было проанализировано 1283 аналогичных документа первородящих женщин в возрасте от 19 до 25 лет (средний возраст $21,3 \pm 0,3$ года).

В результате проведенных исследований было выявлено, что данная беременность была первой у 1103 (90,1%), повторной – у 110 (9,1%) девушек-подростков. Число аборт в анамнезе варьировало от 1 до 4. Состояли на диспансерном учете по поводу данной беременности в женской консультации 1092 (90,02%) юных женщин. При этом до 12 недель обратились к участковому гинекологу 6671 (61,1%) из них.

Начало половой жизни у беременных подростков варьировало от 13 до 17 лет (в среднем $15,7 \pm 0,2$). При становлении репродуктивной системы у 226 (18,6%) отмечено нарушение менструальной функции.

Гинекологические заболевания (кольпиты; эндоцервициты; эрозии шейки матки; воспаление придатков матки; инфекции, передающиеся половым путем) до беременности имели место у 38%, а во время беременности были выявлены у 52% несовершеннолетних женщин.

Экстрагенитальная патология была отмечена почти у каждой второй беременной (49,7%). По частоте встречаемости она распределилась следующим образом: заболевания почек и мочевыводящей системы были выявлены у 32,1%, железодефицитная анемия – у 27,5%, обменно-эндокринная патология – у 12,6%, вегетососудистая дистония – у 16,1%, сердечно-сосудистые заболевания – у 13,8% юных беременных. Следует отметить, что у 28,7% женщин соматическая патология носила хронический характер, а в 26,4% случаев сочеталась с наличием таких очагов хронической инфекции, как кариес, тонзиллит, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, фурункулез.

Физиологически беременность протекала у 39%, а с осложнениями – у 61% юных женщин. В контрольной группе осложнения беременности наблюдались у 421 женщины, что составило 32,8%.

Структура осложнений беременности представлена в таблице 1.

Как следует из представленных в таблице данных, число случаев таких осложнений беременности, как угроза прерывания в ранних и поздних сроках, хроническая внутриутробная гипоксия плода, анемия и токсикозы достоверно было выше у юных беременных, чем у женщин контрольной группы. При этом тяже-

лые формы анемии в группе несовершеннолетних женщин встречались в 2,5 раза чаще, чем в контрольной. Гестозы тяжелой и средней степени тяжести в группе юных беременных отмечены у 123 (16,6%), а в контрольной

– лишь у 64 (8,6%) женщин. Обращает на себя внимание тот факт, что в группе подростков гестозы более чем в половине случаев сочетались с экстрагенитальной патологией.

Таблица 1. Частота осложнений беременности у юных женщин

Осложнения беременности	Основная группа		Контрольная группа	
Угрожающий ранний выкидыш	207	27,9%*	44	10,5%
Угрожающий поздний выкидыш	201	27,1%*	61	14,4%
Угрожающие преждевременные роды	51	6,9%*	21	4,9%
Анемия беременных	446	60,3%*	20	48,5%
Ранний токсикоз	97	13,1%*	41	9,7%
Гестоз	239	32,3%*	10	24,7%
Хроническая гипоксия плода	321	43,4%*	12	28,7%
Многоводие	33	5,3%	32	7,6%
Маловодие	27	3,6%	18	4,3%
Переношенная беременность	21	2,8%	13	3,1%

* - различия достоверны ($P < 0,01$).

Роды протекали без осложнений у 49% юных рожениц. Средняя продолжительность беременности к моменту родов составила $38,5 \pm 0,05$ недель, в контрольной группе $39,1 \pm 0,03$ недели. У всех женщин данные роды были первыми.

Беременность закончилась срочными родами у 1227 юных женщин (91,5%), преждевременными – у 102 (7,6%), запоздалыми – у 12 (0,9%). Средняя продолжительность родов составила $10,3 \pm 0,11$ часа, что достоверно не

отличалось от показателей контрольной группы. У юных женщин число быстрых и стремительных родов было несколько выше, чем в контрольной группе (5,3% и 3,2% соответственно).

Осложнения в родах были отмечены у 684 юных женщин (51%) и у 467 рожениц контрольной группы (36,4%). Данные о частоте осложнений родов у юных рожениц представлены в таблице 2.

Таблица 2. Частота осложнений родов у юных рожениц

Осложнения родов	Основная группа		Контрольная группа	
Преждевременное излитие околоплодных вод	67	9,8%*	31	6,6%
Раннее излитие околоплодных вод	90	13,2%*	45	9,6%
Слабость родовой деятельности	122	17,8%*	50	10,7%
Дискоординация родовой деятельности	86	12,6%*	41	8,7%
Патология третьего периода родов (гипотония матки и нарушение отделения и выделения последа)	71	10,3%*	36	7,7%
Травмы мягких родовых путей	365	53,4%*	154	33,0%

* - различия достоверны ($P < 0,01$).

Как видно из представленных в таблице данных, самым частым осложнением родов у женщин обеих групп были травмы мягких родовых путей. При этом очевидно, что все осложнения родов у юных первородящих встречались достоверно чаще, чем у женщин контрольной группы. Так, у каждой пятой несовершеннолетней роженицы было отмечено несвоевременное излитие околоплодных вод,

у каждой третьей – аномалии родовой деятельности.

Оперативным путем были родоразрешены 133 (9,9%) юных женщины, в контрольной группе – 122 (9,5%) женщин. Кесарево сечение было выполнено в родах у 83, а в плановом порядке – у 19 беременных. Путем наложения акушерских щипцов были завершены роды у 11 юных рожениц.

Массивные акушерские кровотечения встречались в родах у 6 (0,9%) юных перворо-

дящих (гипотония матки), в контрольной группе женщин – у 2 (0,4%).

Из осложнений послеродового периода имели место трещины сосков в 49% случаев, лактозаст – у 10,6%, субинволюция матки – 4,4%, анемия – у 39,3% юных родильниц. Септических осложнений не было выявлено в обеих группах.

Анализ историй развития новорожденных показал, что у юных женщин живыми из 1341 детей родились 1327. При этом было отмечено явное численное преобладание младенцев мужского пола над девочками, так мальчиков родилось 685, а девочек – 656.

Средняя масса новорожденных у несовершеннолетних матерей составила $3020,3 \pm 15,3$ г, а средняя длина тела – $50,7 \pm 0,11$ см. У женщин контрольной группы вышеуказанные показатели были соответственно $3340,4 \pm 15,9$ г и $52,4 \pm 0,09$ см.

Перинатальные потери у несовершеннолетних беременных достоверно превышали годовые показатели в данной популяции: перинатальная смертность составила 23,1%, мертворождаемость – 10,4%, ранняя неонатальная смертность 12,8%. Данные показатели были в 3 раза выше, чем в контрольной группе женщин, что, по-видимому, обусловлено высокой частотой осложнений беременности и родов у юных женщин.

Заболеваемость новорожденных у несовершеннолетних матерей была также достоверно выше, чем у женщин контрольной группы ($P < 0,01$), что потребовало довольно длительного пребывания женщин и их детей в акушерском стационаре. В детскую областную больницу были переведены 20,5% новорожденных.

Таким образом, мы пришли к следующим выводам:

- беременность у несовершеннолетних женщин протекает на фоне гинекологической и экстрагенитальной патологии;
- у юных женщин беременность и роды сопровождаются большим количеством осложнений, что в свою очередь определяет высокий уровень перинатальных потерь и значительную заболеваемость новорожденных;
- беременных, рожениц и родильниц юного возраста необходимо отнести к группе медико-социального риска по возникновению репродуктивных потерь и оптимизировать методы диспансерного наблюдения и оказания акушерской помощи этому контин-

генту лиц, как в женской консультации, так и в условиях акушерского стационара;

- следует совершенствовать санитарно-просветительную работу по профилактике беременности у юных женщин; расширять сеть молодежных консультативных центров в сфере охраны репродуктивного здоровья.

Литература

1. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков / Руководство для врачей. СПб: ИКФ «Фолиант», 2000. 574 с.
2. Гуркин Ю.А., Сулопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. СПб «Фолиант», 2001. 352 с.
3. Желуховцева И.Н., Осипова В.И. // Акушерство и гинекология. 1975. №12. С. 54-57.
4. Жукова Н.П. // Охрана материнства и детства, 2001. №1. С. 83-87.
5. Заводова А.С., Юровская В.П. Взаимосвязь физического, полового развития и менструальной функции у девочек // Труды 2-го съезда акушеров-гинекологов РСФСР. М.: 1967. С. 196-197
6. Здоровье молодежи – забота общества./ Доклад Исследовательской группы ВОЗ по проблемам молодежи в свете Стратегии достижения здоровья для всех к 2000 году. ВОЗ, Женева. 1987. 127 с.
7. Игнатъева Р.К., Инагамов Д.А. // Сов. здравоохранение.-1989.-№5.- С. 38-42.
8. Мамутова Д.М. Течение и исход беременности и родов у юных, пожилых и старых первородящих женщин: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. Фрунзе: 1966.
9. Ярославский В.К., Гуркин Ю.А. Неотложная гинекология детей и подростков. СПб.: 1997. 223 с.
10. Barnet B., Duggan A.K., Wilson M.D. et al. Association between postpartum substance use and depressive symptoms, stress, and social support in adolescent mothers// *Pediatrics*. 1995. Vol. 96, № 4. P. 659-666.
11. Dukewich T.L., Borkowski J.G., Whitman T. L. Adolescent mothers and child abuse potential: an evaluation of risk factors // *Child Abuse & Neglect*. 1996. Vol. 20, № 11. P. 1031-1047.
12. Kahn J.R., Anderson K. E. Intergenerational patterns of teenage fertility // *Demography*. 1992. Vol. 29, № 1. P. 39-57.
13. Reproductive health research: the new directions: Biennial report, 1996-1997 / WHO; Ed. by J. Khanna, P. F. A. Van Look. / *Special Programmed of Research, Development and Research Training in Human Reproduction: Geneva*, 1998. 162 p.